



UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

Abordaje de terapia ocupacional en pacientes adultos con enfermedad
de Parkinson

Autoras:

Ochoa Franco Erika Thalía

Roca Solórzano Génesis Daniela

Facultad de Ciencias Médicas
Carrera Terapia Ocupacional

MANTA-MANABI-ECUADOR

2018-2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del Proyecto de Investigación sobre el tema: **ABORDAJE DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON** presentado por : **ERIKA THALÍA OCHOA FRANCO Y GÉNESIS DANIELA ROCA SOLÓRZANO** , de la licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí” considero que dicho informe de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la revisión y evaluación respectiva por parte del tribunal de Grado , que el honorable consejo superior designe

Manta, Octubre 2018

TUTOR/A:

LCDA. FATIMA GARCIA REVELO MG.

APROBACION DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del tribunal examinador aprueban el proyecto de investigación, sobre el **tema ABORDAJE DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON**, para la licenciatura en Terapia Ocupacional

Manta, Octubre 2018

Lcda. Paola Marín

TRIBUNAL

CALIFICACIÓN

Lcdo. Pablo Barreiro

TRIBUNAL

CALIFICACIÓN

SECRETARIA

DEDICATORIA

Para muchas personas este es el cierre de una etapa, pero para mí es el comienzo de muchas aventuras, aprendizajes y experiencias.

Nuestra vida es un viaje en tren y durante este trayecto he conocido muchas personas que han cambiado mi vida y me han dejado muchos aprendizajes. Este tren ha detenido su parada en una estación para continuar con otra. Este hermoso viaje de esta parada, no hubiera sido posible sin muchas personas, es por ello que quiero dedicar este proyecto a quienes han sido y formado parte de esta parada de muchas que nos ofrece la vida, que es la Universidad.

Dios todopoderoso y Santa Virgen María que me dan la fuerza cada día, aumentando mi Fe y esperanza en días difíciles siendo mis protectores todos los días. Mis padres Ramón Ochoa Y Rosa Franco que son la razón de mi vida y quienes me han enseñado sobre el verdadero valor de la vida, amar al prójimo y servir a los demás con mucho amor, que es la esencia de la vida., enseñándome a levantar ante miles de caídas y es por ello que sin su apoyo y amor no hubiera cumplido esta meta. Mis hermanos Ronald, Boris, Alex, quienes son mi ejemplo de lucha y perseverancia. Mi cuñada Liseth y sobrinos Sahe e Iván quienes amo con mi vida y espero que así como yo cumplí mis sueños ellos lo hagan pronto.

Mi compañera y Amiga Daniela Roca que juntas hemos vivido muchas aventuras, esta es una de ellas, y espero que podamos compartir muchas más en un futuro.

ERIKA TAHLIA OCHOA FRANCO

DEDICATORIA

Habiendo culminado una etapa en mi vida quiero dedicar mi proyecto de Investigación en primer lugar:

A Dios, por haberme dado la vida, la salud y la fuerza durante todo mi proceso de aprendizaje. Dios es sin lugar a duda, el pilar fundamental y más importante en mi vida, quien ha forjado mi camino y me ha dirigido por el sendero correcto, con todo mi amor a mis padres: **Rafael y Maribel**, por su esfuerzo y preocupación, son ellos quienes me inculcaron la importancia del estudio para poder ser un mejor ser humano. Su enseñanza en valores y principios han sido fundamentales y por haberme forjado como la persona que soy, han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores y me han ayudado a salir adelante en los momentos más difíciles, haciendo de mí una persona perseverante que lucha por sus ideales, muchos de mis logros se los debo a ellos entre los que se incluye este. **A mis abuelitos** seres especiales en mi vida, mi abuela paterna: mami Celia por haberme enseñado muchas cosas vitales para la vida sé que desde allá arriba celebras conmigo. **A mi enamorado** que gracias a su experiencia me ha ayudado durante la carrera y me ha dado su apoyo incondicional.

A mi compañera del proyecto de investigación quien estuvo aquí para brindarme su paciencia y dedicación en cada paso que dimos para llegar a cumplir nuestra meta.

He logrado concluir con éxito este proyecto que en un principio parecía una tarea titánica e interminable

GENESIS DANIELA ROCA SOLORZANO

AGRADECIMIENTO

Nuestra gratitud especial a la **Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí** por la formación como profesional.

A la facultad Ciencias Médicas que nos acogió convirtiéndonos en el centro de conocimiento desde el momento de nuestra llegada.

A la carrera Terapia Ocupacional, Expresamos el más sincero agradecimiento a los docentes de la facultad.

A nuestra Tutora de Proyecto de Investigación, La Lic. Fátima García Revelo por ser una guía con amplia experiencia en la realización de este proyecto.

AUTORAS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

INDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
APROBACION DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	VI
INDICE.....	VII
RESUMEN	IX
INTRODUCCIÓN.....	1
FUNDAMENTACIÓN TEORICA	8
ENFERMEDAD DE PARKINSON	8
Evolución de la Enfermedad	8
Enfermedad leve.....	8
Enfermedad moderada o fase de estado.....	9
Enfermedad avanzada.....	9
Diagnóstico	10
Tratamiento.....	10
Principales cambios que produce la EP en la vida del paciente	11
Factores Exógenos y Endógenos.....	12
Evaluación de la enfermedad de Parkinson.....	13
Escala o test de Barthel	14
TERAPIA OCUPACIONAL EN ENFERMEDAD DE PARKINSON.....	14
Actividades de la vida diaria	16
Calidad de vida	17

Evaluación, plan terapéutico, tratamiento del Parkinson desde Terapia Ocupacional.....	17
Ejercicios para mantener la coordinación motora final, destreza, prensiones y agarres de las extremidades superiores.	18
Ejercicios para mantener la coordinación de ambas manos.....	19
Auto mantenimiento.....	21
DISEÑO METODOLÓGICO	23
PROPUESTA.....	39
Resultados de la Propuesta.	39
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.....	44
ANEXO # 1.....	44
ANEXO # 2.....	45
ANEXO # 3.....	48
ANEXO # 4.....	49
ANEXO # 5.....	50

RESUMEN

La presente investigación resalta la importancia del abordaje de Terapia Ocupacional en pacientes adultos con enfermedad de Parkinson (EP), según (Matthew B. Stern, 2008) es una enfermedad neurodegenerativa crónica de deterioro progresivo del sistema nervioso central, resultado de la pérdida de células productoras de dopamina. El problema principal de la investigación se refleja en los tratamientos convencionales que han recibido sin la derivación de un tratamiento rehabilitador que se base netamente en el desempeño ocupacional de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) de los afectados. Es por ello la necesidad de aplicar un enfoque terapéutico que evalúe las dificultades en la realización ABVD. El tipo de investigación que se aplicó fue de campo y la población estuvo conformada por el área de rehabilitación del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Manta obteniendo una muestra de 11 pacientes, cinco de sexo femenino y seis de sexo masculino diagnosticados con EP. Se emplearon una serie de técnicas e instrumentos de recolección de datos, específicamente la observación directa, encuestas estructuradas a profesionales y cuidadores y una escala o test Barthel. De la investigación se obtuvo como resultado que los cuidadores desconocían los beneficios que brinda la Terapia Ocupacional en Enfermedades Neurodegenerativas como la EP y la validez de los afiliados a un tratamiento individualizado y específico que les brinde la oportunidad a la persona de desarrollar su vida ocupacional.

INTRODUCCIÓN

La Terapia Ocupacional (TO) según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es “el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social.

Los profesionales que desarrollan esta ocupación, están dotados de conocimientos socio- sanitarios englobados dentro del ámbito de la rehabilitación, los cuales permiten la intervención en tres ámbitos: auto mantenimiento, productividad y ocio de la persona. El objetivo de la Terapia Ocupacional es que todo individuo necesita ser capaz o estar disponible para comprometerse en la ocupación que necesite y seleccione, para crecer a través de lo que hace y experimentar independencia o interdependencia, equidad, participación, seguridad, salud y bienestar.

La profesión usa el término de Ocupación para capturar la esencia y significado de la “Actividad diaria“. Está basada en el conocimiento de que comprometerse con las ocupaciones organiza la vida diaria, contribuye a la salud y el bienestar.

“La TO es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede incluir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida” (AOTA, 1986).

Los terapeutas ocupacionales dirigen su experiencia a la amplia gama de ocupaciones y actividades humanas que conforman la vida de las personas. Los profesionales consideran los variados tipos de ocupaciones en los cuales las personas se pueden involucrar. Estas actividades humanas se clasifican en categorías llamadas “áreas de ocupación”, actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria y avanzadas de la vida diaria.

Jaime Toro director del programa de Postgrado en neurología de la facultad de medicina en la Universidad Santa Fe de Bogotá señala que las actividades pueden verse afectadas en personas con disfunciones físicas, psíquicas y/o sociales, claro ejemplo de estas afecciones se presentan en pacientes con enfermedad de Parkinson (EP), la cual es una enfermedad producida por un proceso neurodegenerativo que afecta al sistema nervioso central, ocurre cuando las células nerviosas (neuronas) no producen suficiente cantidad de una sustancia química importante en el cerebro conocida como dopamina, provocando la aparición de síntomas motores y no motores, afectando la habilidad individual y el deseo de adoptar un papel activo en la vida por parte del paciente (Toro, 1996).

Danielczyk (1997) menciona que cada vez más personas llegan a una edad, que para la mayoría, antes parecía inalcanzable. Las enfermedades del cerebro, que están íntimamente relacionadas con la edad, tal y como ocurre con la EP, disminuyen la calidad de vida de un grupo de personas cada vez más numeroso.

Según la OMS en el año 2016 afirma que teniendo en cuenta todo tipo de estudios independientemente de la metodología utilizada, la prevalencia en la población mundial oscila entre el 0,3% y el 1% en sujetos mayores de 60 años, y alcanza el 3% en los 80 años o más, con tasas de incidencia que varían entre 0.08 y 0.18 por 1.000 personas/año, se calcula que para el año 2030 esta cifra

será duplicada, lo que conlleva a un problema de salud pública, y se agrava porque el diagnóstico suele tardar entre uno y tres años como mínimo.

Desde TO se debe evaluar y analizar el desempeño en las actividades de la vida diaria (AVD) conservadas en la persona con Parkinson para mantener el máximo grado de autonomía posible, desempeñando funciones muy concretas y delimitadas destinadas a que el paciente logre mantener la máxima independencia en actividades funcionales, teniendo en cuenta las limitaciones que ya puedan existir.

Las personas que sufren de una patología neurodegenerativa presentan déficit motores y no motores. Las alteraciones motoras pueden afectar tanto a miembros superiores como miembros inferiores, sin embargo, la presencia de estos déficits afecta a un adecuado desempeño ocupacional causando una disminución de la calidad de vida e independencia funcional (Federico, 2006).

Hasta ahora los estudios realizados por la Sociedad Catalana de Neurología en España están centrados en los miembros inferiores, por lo que es interesante abarcar también la valoración de miembros superiores, debido a que su afectación tiene una importante repercusión sobre la funcionalidad y la calidad de vida. Se pone en manifiesto la necesidad de llevar a cabo una investigación exhaustiva que permita profundizar la disfunción del miembro superior en la EP (Nogués, 2016).

Una exhaustiva valoración permite posteriormente ofrecer un tratamiento dirigido a mejorar la funcionalidad; es de gran relevancia destacar que la valoración centrada en detectar el déficit funcional del miembro superior facilitará la aplicación de un posterior tratamiento de carácter individualizado, de manera más clara está en llegar a conocer que son profesionales que están entrenados para ayudar a los pacientes a mantener el nivel habitual de actividades de cuidado personal, así como restaurar o crear un equilibrio beneficioso al individuo entre las habilidades que mantiene y las exigencias de

sus ocupaciones, y de esta forma mediante las mejores herramientas terapéuticas que la persona con EP se desenvuelva durante mayor tiempo posible con la máxima autonomía en su día a día, proponiendo la utilización de adaptaciones para que el enfermo pueda desempeñar con mayor facilidad las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y que responda a sus necesidades.

El Dr. Jaume Kulisevsky Bojarski coordinador de la fundación Catalana de neurología, establece que la EP consiste en un desorden crónico y degenerativo de una de las partes del cerebro que controla el sistema motor y se manifiesta con una pérdida progresiva de la capacidad de coordinar los movimientos, entre otros síntomas. Se produce cuando las células nerviosas de la sustancia negra del mesencéfalo, área cerebral que controla el movimiento, mueren o sufren algún deterioro. Presenta varias características particulares: temblor de reposo, lentitud en la iniciación de movimientos y rigidez muscular (López, 2016).

Pocas condiciones como la EP tienen un efecto tan catastrófico sobre la vida de una persona, comprometiendo de manera progresiva sus funciones corporales, la realización de las actividades de la vida diaria y restringiendo sus posibilidades de participar en una vida social plena y productiva.

En el Ecuador, se realizó por primera vez un estudio epidemiológico transversal en el hospital de especialidades Eugenio Espejo sobre la EP, encontrándose una prevalencia de 243 casos por 100.000 habitantes, acorde con las estadísticas mundiales, lo que evidencia un número considerable de casos de EP y la necesidad de una intervención terapéutica para ayudar a los afectados por esta condición neurológica progresiva y silenciosa, ya que en el país hay un subregistro de esta enfermedad y no todos los casos son tratados adecuadamente (médica, 2017).

Durante el mes de abril del año 2012, hasta febrero de 2013, un equipo multidisciplinario de neurólogos y estudiantes de cátedra de neurología de la

Universidad Técnica de Manabí, realizó un estudio puerta a puerta en esta provincia donde fueron determinadas las características clínicas de la EP en una población de 116.983 habitantes, mayores de 40 años.

Según la Constitución de la República del Ecuador en su art 6 redacta que.- las personas con discapacidad para los efectos de esta ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que , como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales , intelectuales o sensoriales , con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el reglamento, lo que favorece a las personas afectadas por la EP a estos beneficios tributarios en esta ley, ya que se aplicaran para aquellos cuya discapacidad sea igual o superior a la determinada por el reglamento (Republica del Ecuador, 2012).

Según la Constitución de la República del Ecuador, el numeral 1 del artículo 363 de la carta Fundamental preceptúa que el Estado será responsable de formular políticas públicas que garanticen la: promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.

La investigación se llevó a cabo en el área de rehabilitación del Hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Manta, con el fin de facilitar a personas con EP a mejorar y mantener las áreas del desempeño ocupacional básicas con máxima autonomía posible. El médico especialista en geriatría Leonardo Fernández Ferrín estima que alrededor 4 de cada 10 afiliados son diagnosticados con esta patología.

El área de TO fue inaugurada el 19 Marzo del año 2018, contando con dos Licenciadas en Terapia Ocupacional, la demanda de pacientes para entonces era mínima con aproximadamente 6 pacientes por día.

El problema principal sin duda ha sido que los afiliados del IESS de Manta han contado únicamente con el servicio de terapia física en el área de rehabilitación lo que ha desencadenado que muchas patologías entre ellas la EP hayan sido tratadas desde una perspectiva limitada, donde el afectado no recibía los tratamientos completos. Los pacientes diagnosticados tienden a manifestar estados de tristeza y la principal interrogante es saber si la TO hará que la enfermedad desaparezca lo cual lamentablemente en la actualidad no existe un tratamiento curativo definitivo pero si paliativo, ó si van a retomar lo que han perdido como las AVD en especial las básicas.

Esto ha provocado que aquellos que acuden al área de rehabilitación del hospital ya hace más de algunos años, independientemente de la enfermedad que tengan, en el caso del Parkinson haya dado como resultado el incremento de su afección, no solo la parte física, sino la emocional y social ya que el paciente ve como la enfermedad lo deteriora cada vez más, presentado dificultad al realizar sus ABVD, por otro lado presencian a los cuidadores sobrecargados por no saber cómo sobrellevar la enfermedad, es de esta manera que se trata de dar información necesaria a los usuarios acerca de la patología y de que la TO es un complemento fundamental e indispensable en el tratamiento médico ya que puede favorecer a reducir la carga del cuidador, familiares y del mismo afectado mejorando la calidad de vida.

Es así como el objetivo general de este proyecto es Aprender la Terapia Ocupacional en el tratamiento de pacientes adultos con enfermedad de Parkinson, teniendo como hipótesis ¿El abordaje de Terapia Ocupacional mejorará el desempeño de las Actividades básicas de la vida diaria en pacientes diagnosticados con Enfermedad de Parkinson?

Los objetivos específicos son: Analizar el grado de conocimiento del cuidador y personal médico en el abordaje de la Terapia Ocupacional, Evaluar

la dificultad en las áreas del desempeño ocupacional básicas en pacientes con enfermedad de Parkinson, Diseñar un plan de tratamiento Ocupacional para pacientes con enfermedad de Parkinson.

Obteniendo como variable Independiente: Terapia Ocupacional y como variable Dependiente: Enfermedad de Parkinson.

Este trabajo tiene un impacto positivo desde el punto de vista educativo y social con respecto a la inclusión y la autonomía ocupacional. Nos damos cuenta que abordar la enfermedad es de gran importancia para la sociedad, ya que es una de las patologías que empiezan de forma silenciosa, afectando no solo la parte física, sino también mental y emocional, a causa de que la persona que lo padece no está preparada y tampoco conoce sobre la patología, dando como resultado un impacto desfavorable tanto para el paciente como para su familia.

Recopilando todo ello, nos damos cuenta que la labor que cumple los terapeutas ocupacionales es fundamental en todo este proceso. Desde TO se hace necesaria una valoración individualizada enfocada a detectar las alteraciones motoras en miembros superiores que causen dificultad en la ejecución de las áreas ocupacionales básicas.

Por lo tanto los beneficiarios directos son los pacientes diagnosticados atendidos en el Hospital General del IESS de Manta porque tendrán un nuevo enfoque en el tratamiento de la Enfermedad, para lograr la mayor autonomía posible y restaurar el impacto progresivo de la patología, mientras los beneficiarios indirectos son los cuidadores, profesionales y por ende el entorno el cuál los profesionales son los encargados de articular los mecanismos necesarios para que los pacientes sean capaces de desarrollar sus actividades diarias.

FUNDAMENTACIÓN TEORICA

ENFERMEDAD DE PARKINSON

Enfermedad de Parkinson (EP) la describió en 1817, James Parkinson “Es una enfermedad neurodegenerativa, crónica, de deterioro progresivo del sistema nervioso central, resultado de la pérdida de células productoras de dopamina. Aparece cuando las neuronas de una zona cerebral conocida sustancia negra, mueren o presentan deterioro. Estas neuronas lo que hacen es producir dopamina, un mensajero químico encargado de transmitir las señales entre la sustancia nigra y el corpus striatum, para que la actividad muscular sea voluntaria y fluida. La pérdida de dopamina genera un desorden de todas las células nerviosas del corpus striatum, lo que provoca en el paciente no poder controlar y dirigir sus movimientos de manera natural (Perez, 2009).

Evolución de la Enfermedad

Pasa por distintos niveles, que se caracterizan por un progresivo empeoramiento de la sintomatología.

Enfermedad leve

En este estadio solo muestra una ligera disminución del braceo, ligera rigidez y leve temblor. La incapacidad es nula o mínima. El paciente realiza sin ayuda todas las actividades de la vida diaria y le cuesta un poco de trabajo cortar filetes duros, abotonarse el primer botón de la camisa, levantarse de un sillón muy bajo, girar con rapidez en la cama, etc. Sigue llevando a cabo sus obligaciones laborales y sociales.

Enfermedad moderada o fase de estado

La progresión comienza a impedir que el enfermo lleve a cabo su actividad socio- laboral y familiar. Al paciente puede costarle mucho trabajo realizar ciertas actividades de la vida diaria (AVD) para las que ya precisa ocasionalmente ayuda: abotonarse, introducir el brazo en la manga de la chaqueta, entrar y salir de la bañera, afeitarse, cortar la carne, levantarse de la cama y de un sillón bajo. La rigidez y bradicinesia son marcadas, el temblor puede ser manifiesto, el paciente camina arrastrando la pierna, no bracea, el codo se coloca en flexión y la mano comienza a adoptar una postura en tienda de campaña. El síndrome se ha hecho bilateral, aunque es asimétrico y hay rigidez axial. Los reflejos posturales están todavía conservados y no hay episodios de congelación de la marcha.

Enfermedad avanzada

Después de varios años (entre 5 y 10) de una gran eficacia del tratamiento, la mayoría de pacientes vuelven a empeorar. Entran en una nueva fase de la enfermedad, en la que aparecen una serie de cambios que obligan a hacer importantes modificaciones en el tratamiento. Las complicaciones más importantes de la EP a largo plazo son las alteraciones motoras (fluctuaciones y discinesias) y las alteraciones del comportamiento. A estos periodos con empeoramiento de los síntomas parkinsonianos se les llama periodos "off". No obstante, durante una gran parte del día, el enfermo se encuentra bien. A estos periodos sin síntomas parkinsonianos, se les denomina "on". Los periodos "off" alternan con los "on", y entonces se dice que el paciente presenta fluctuaciones. Con el paso de los años aparece una pérdida de eficacia de la medicación.

Hay estudios que demuestran que los pacientes afectados por la enfermedad de Parkinson tienen una pérdida del 80% de células productoras de dopamina. No se conoce la causa exacta del deterioro celular, aunque hay

diversas teorías que hablan del daño oxidativo, toxinas ambientales, predisposición genética y envejecimiento acelerado. Suele ser un trastorno degenerativo que tiene una evolución lenta (Micheli, 2006).

Diagnóstico

El diagnóstico se hace mediante una evaluación clínica de la presencia de una combinación de las cuatro características principales y es fundamental que sea precoz. Por ello, el principal objetivo es intentar disminuir los síntomas y conseguir la independencia funcional del paciente, para así obtener la máxima calidad de vida del paciente.

Tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico clínico, se debe decidir si se trata o no, el tipo de terapia más indicada y el fármaco más adecuado. Hay cuatro tipos de tratamientos.

- Preventivo: Intenta evitar o enlentecer su progresión
- Sintomático: Para restaurar los niveles normales de dopamina
- Cirugía: A través de diferentes técnicas quirúrgicas
- Restaurador: Son las técnicas actuales que se utilizan para el tratamiento.

En las etapas iniciales de EP suele iniciarse el tratamiento con uno o varios de los medicamentos menos potentes como anticolinérgicos. El tratamiento más potente con Levodopa se deja para la época durante la que los pacientes lo necesiten más (Parkinson's, 2016).

Principales cambios que produce la EP en la vida del paciente

Los usuarios con EP pueden experimentar síntomas motores y no motores y van a dar lugar a numerosos cambios en AVD. Estos cambios serán muy diferentes en cada persona, ya que cada una puede experimentar diferentes síntomas. Los síntomas motores (temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural) llevan a producir cambios importantes en el enfermo relacionados con la movilidad, lo que unido a los cambios por el envejecimiento constituirán un gran reto en el paciente. Estos síntomas causan dificultades a la hora de realizar AVD como caminar, subir y bajar escaleras, acostarse, bañarse, vestirse, alimentarse y escribir.

Suelen ser muy comunes las dificultades para tragar y masticar, en estos casos los alimentos y la saliva pueden acumularse en el fondo de la garganta, lo que podría ocasionar ahogos. También se producen cambios en el habla; los pacientes hablan muy suavemente, arrastran o repiten palabras, o hablan demasiado rápido. Las caídas son también muy frecuentes en las personas con EP por problemas con el control muscular, la marcha, el equilibrio y las posturas. Los factores de riesgo son los cambios de la vista, los movimientos oculares y el control de la atención.

Los síntomas no motores pueden aparecer en cualquier momento de la enfermedad desde los estadios iniciales hasta los estadios finales, pudiendo llegar a dominar la EP a medida que evoluciona. Estos síntomas tienen tendencia a agravarse a medida que evoluciona la enfermedad y por tanto pueden producir también cambios importantes en la vida del paciente.

Encuestas recientes ponen en evidencia que cerca del 90% de personas con Enfermedad de Parkinson tienen al menos un síntoma no motor, y un 10% presenta hasta cinco síntomas no motores (Weiner, 2001).

De acuerdo a Gaitero (2001), los síntomas neuropsiquiátricos más importantes que experimenta el paciente durante la enfermedad y que conlleva a producir cambios en él, son:

- Depresión: ocurre durante largos periodos de tiempo en el 40% de personas con EP. Además del efecto indeseado que la depresión causa en el estado de ánimo, puede empeorar todos los síntomas del Parkinson.
- Ansiedad: Se puede presentar al mismo tiempo que los síntomas depresivos o puede parecer de forma independiente. Son muy característicos en la ansiedad los ataques de pánico.
- Demencia y otros problemas cognitivos: Suele aparecer en pacientes con EP en fase avanzada. Se produce una pérdida progresiva de las funciones cognitivas que interfieren en las AVD del paciente. Es habitual que los pacientes tengan problemas de memoria y razonamiento lento.
- Conductas repetitivas (hipomanía): el paciente tiene una fascinación compulsiva con tareas repetitivas y mecánicas y la necesidad de repetirlas. También se pueden presentar en el enfermo alteraciones en el sueño: los pacientes se despiertan con facilidad, tienen sueño intranquilo y a menudo tienen pesadilla. Afectan entre un 50 -60% de las personas con EP y son uno de los principales factores responsables de la disminución de la calidad de vida.

Factores Exógenos y Endógenos.

Se construye la realidad de las personas afectadas por la EP a partir de dos grandes tipos de factores: exógenos y endógenos (Cristóbal, 2012).

Exógenos

Se refieren a factores que no provienen del propio individuo afectado de una forma directa y se dan en diferentes ámbitos:

Área sanitaria:

- Dificultad en la detección y diagnóstico de la enfermedad
- Dificultades relacionadas con el tratamiento de la enfermedad
- Insuficiencia de recursos: infraestructura, profesionales, investigación.

Área Social:

- Desinformación social sobre la enfermedad/ estereotipos y prejuicios
- Desestructuración de la organización trabajo, economía familiar y desarrollo personal.

Área de protección Social:

- Desinformación sobre los recursos sociales existentes
- Problemas de acceso a los recursos
- Inexistencia de recursos especializados

Endógenos

Proviene directamente del individuo, pudiendo llegar a ser consecuencia del exterior en muchas ocasiones, y se centran en la forma en la cual la persona afronta los nuevos problemas a los que diariamente se enfrenta como consecuencia de la enfermedad que padece y a la propia enfermedad en sí, identificando para cada individuo sus peculiares manifestaciones y estadios.

Elementos propios de la enfermedad.

- ✓ Rasgos psicológicos
- ✓ Rasgos físicos
- ✓ Rasgos Psico- sociales.

Evaluación de la enfermedad de Parkinson

Existen varias herramientas generalmente bien aceptadas, utilizadas para la evaluación de la enfermedad y que valora los diversos componentes físicos y

psicológicos del ser humano, entre las cuales una de las más utilizadas por Terapeutas Ocupacionales tenemos la Escala o Test de Barthel.

Escala o test de Barthel

La escala de Barthel permite determinar el grado de dependencia de una persona o la necesidad de ayuda para realizar diez acciones básicas diarias, desde comer, asearse, ir al baño, moverse, vestirse, etc. Cada una de estas acciones se evalúa con una puntuación de 10, 5, 0 en función del grado de ayuda que necesite (ninguna, alguna, o toda). La suma de las puntuaciones obtenidas determinará el grado de dependencia de modo que si es inferior a 20 la persona está considerada totalmente dependiente, si se sitúa entre 40 y 55 es moderadamente dependiente, si es mayor de 60 se le considera con una dependencia leve y si es de 100 será totalmente independiente (95 en el caso de que necesite silla de ruedas) (Barthel, 1965)

La escala de Barthel es una de los test que más se utilizan en todo el mundo para valorar la funcionalidad de pacientes neurológicos (Ferrín, 2007).

TERAPIA OCUPACIONAL EN ENFERMEDAD DE PARKINSON.

El objetivo es lograr que la persona EP pueda mantener su nivel habitual de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), tales como el cuidado personal (vestirse, lavarse, comer, bañarse y asearse), u otras actividades diarias (tareas domésticas, compras, gestiones). El Terapeuta Ocupacional (TO) se encargará de identificar las dificultades que pueda presentar el paciente para el desempeño de dichas tareas y de fortalecer la relación del afectado con su ambiente laboral, social y de ocio (F K. , 2000).

Según ((FEP), 2012) la Terapia Ocupacional está encaminada:

- Conseguir que la persona afectada sea lo más independiente y autónoma posible, manteniendo o incluso mejorando su calidad de vida.
- Conseguir una correcta higiene y cuidado personal del paciente por sí mismo.
- Eliminar barreras arquitectónicas dentro del hogar y el entorno.
- Mejorar la comunicación funcional.
- Mejorar y/o mantener las habilidades cognitivas (atención, memoria, orientación).
- Facilitar el disfrute de su tiempo libre y la planificación de actividades de ocio.
- Mantenimiento del puesto de trabajo por el mayor tiempo posible adaptando las actividades y funciones propias.
- Facilitar la independencia funcional para las actividades de la vida diaria.
- Asesorar, orientar y entrenar sobre las ayudas técnicas cuando sea necesario.
- Mejorar y/o mantener las destrezas y habilidades manuales.
- Estimular el aumento de velocidad y la coordinación de los movimientos.

Entre dichas labores debemos destacar la independencia en las ABVD, el entrenamiento en el desempeño de éstas tanto por parte del usuario como de la familia/cuidador. Hemos de procurar en todo momento evitar el sobreproteccionismo, ya que un cuidado excesivo podría limitar la iniciativa y el esfuerzo del usuario para satisfacer sus propias necesidades de autocuidado. La familia debe apoyar, cuidar y ayudar a su ser querido, teniendo especial cuidado de no terminar realizando las actividades por su familiar con enfermedad de Parkinson.

Las áreas de autocuidado en las que podemos mejorar algún aspecto gracias a un entrenamiento adecuado son: Actividades Básicas de la vida diaria (ABVD): el aseo personal y el baño, el vestido, la alimentación, incontinencia y

transferencias, Actividades Instrumentales de la vida diaria (AIVD): preparación de la comida, realización de las compras del día a día, toma de medicación, uso de transporte público, etc. (MR, 2006).

Actividades de la vida diaria

Las (AVD) comprenden todas aquellas actividades de la vida cotidiana que tienen un valor y significado concreto para una persona y además un propósito. Podemos clasificar las actividades de la vida diaria en varios grupos:

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Son actividades agrupadas hacia el cuidado del propio cuerpo, como vestido, alimentación, movilidad funcional, higiene y aseo personal, cuidado de vejiga e intestinos.

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Son actividades orientadas hacia la interacción con el medio, que a menudo son complejas y generalmente opcionales ya que se podrían delegar a otros, como el uso de los sistemas de comunicación, manejo de temas financieros, mantener el hogar, preparación de la comida y la limpieza, ir de compras etc.

Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)

Están relacionadas con los valores, intereses, roles, capacidades, habilidades y destrezas de las personas ejemplo: ocio y tiempo libre, participación social, actividad laboral y educativa (SPACKMAN, 2016).

En definitiva, el TO es el profesional que asesorará y entrenará en el uso de productos de apoyo y ayudará a valorar las adaptaciones que se pueden realizar en el domicilio, estudiando siempre cada caso de manera personalizada ya que cada caso evoluciona de manera diferente (Kielhofner, 2015).

Calidad de vida

Las personas con un diagnóstico de EP enfrentan numerosos y variados problemas que afectan el desempeño de las actividades de la vida diaria. El grado de repercusión de estos problemas en la independencia funcional y la calidad de vida no pueden predecirse únicamente por el estadio de la enfermedad, puesto que la salud está en continua interacción con factores personales (por ejemplo: preferencias, actitudes, estrategias de afrontamiento), con factores ambientales y factores sociales (por ejemplo físicos y sociales). El terapeuta ocupacional como profesional sanitario que entrena y educa el desempeño ocupacional debe intervenir para mejorar la independencia funcional.

Un deterioro en la sincronización e integración de los componentes del movimiento del miembro superior limita la ejecución de las AVD. Las actividades manuales son movimientos complejos que requieren la combinación de la coordinación, fuerza, rango de movimientos y destrezas.

Sin embargo, la mayor parte de los estudios se centran en el miembro inferior concretamente en el equilibrio y marcha sin tener en cuenta los intereses y preferencias de los participantes. La falta de estudios aleatorizados que analicen los efectos de una intervención de terapia ocupacional sobre la funcionalidad de miembros superiores pone en manifiesto la necesidad de profundizar en esta línea (Kronenberg, 2007).

Evaluación, plan terapéutico, tratamiento del Parkinson desde Terapia Ocupacional

El terapeuta ocupacional se encargará de evaluar al paciente, ver en qué estadio de la enfermedad se encuentra, que componentes y áreas de ejecución tiene afectada. A partir de obtener los resultados de la evaluación

implementamos un plan terapéutico basados en el objetivo fijados a partir de esta evaluación.

Cada tratamiento es individualizado ya que cada persona tendrá afectaciones diferentes aunque tenga la misma enfermedad. El plan terapéutico consiste en trabajar todos los componentes psicomotores y cognitivos afectados de la persona y hacer entrenamiento en las áreas de ejecución afectadas (López, 2016).

Ejercicios para mantener la coordinación motora final, destreza, prensiones y agarres de las extremidades superiores.

Ejercicios para mantener la coordinación de las extremidades superiores.

Es importante tener en cuenta las fluctuaciones on-off, para poder realizar las actividades que precisen de más esfuerzo, complejidad y duración en la fase on.

Dibujar vocales: en el aire colocarse de pie, (si se siente inseguro, colocar una silla delante, y agarrar el respaldo con la mano que no está usando). Con la mano libre, dibujar en el aire las 5 vocales (a, e, i, o, u), debe dibujarlas levantando todo lo que pueda el brazo, de esta manera se asegura de que está trabajando la articulación del hombro. Cuando lo haya realizado con una mano, cambiar y hacerlo con la otra.

Limpiar la mesa: colocarse sentado, con la espalda recta delante de una mesa, en una mano se tiene un trapo: tenemos el codo en flexión, mano sobre la mesa sujetando el trapo. El ejercicio consiste en extender el codo de tal manera que llevará la mano hacia adelante y después hacia atrás, doblando otra vez el codo. Esto se lo repite 10 veces con cada mano (primero realizar la actividad con una mano y después con la otra). Se continúa sentado delante de la mesa y con un trapo en la mano, esta vez, el brazo lo coloca en extensión

tocando el borde de la mesa y lo que hará es mover el brazo dibujando un semicírculo. Siempre el brazo en máxima extensión, se repite este ejercicio 10 veces con cada brazo.

Garbanzos: dentro de un plato, colocar medio paquete de garbanzos secos. La actividad consiste en sacar los garbanzos del plato de uno en uno, haciendo oposición de dedos, es decir con el dedo pulgar y alternando el resto (pulgares e índice, pulgar y dedo medio, pulgar y anular, pulgar y meñique). Repetir este ejercicio hasta sacar todos los garbanzos. Cuando los garbanzos estén fuera del plato, ponerlo de nuevo en el plato de la siguiente forma: coger el mayor número de garbanzos que pueda con los dedos y almacenarlos dentro de la palma de la mano. Cuando ya no le quepan más, abrir la mano y soltar los garbanzos dentro del plato.

Plastilina: sentarse delante de la mesa, trabajar la coordinación fina usando plastilina. Amasar con la mano derecha la plastilina. Con la mano derecha hacer un "churro" de unos 60 cm. A su vez, con los dedos de la mano izquierda, pellizcar todo el "churro" de plastilina (usando el dedo pulgar, índice y medio). Después, volver a realizar el ejercicio cambiando las manos.

Partir la plastilina por la mitad. Con una mitad haga 4 trozos pequeños y utilizando solo los dedos de la mano derecha, hacer una bolita con cada trozo, de esta manera obtendrá 4 bolitas. Repetir lo mismo cambiando de mano.

Ejercicios para mantener la coordinación de ambas manos.

En la vida cotidiana se realizan constantemente actividades que precisan de la coordinación de las dos manos, como por ejemplo: colocarse un abrigo, abrir una botella, doblar la ropa, lavar los platos, secarse con la toalla después de afeitarse, colocarse unos pendientes, pelar fruta, cortar la carne, etc. Por ello, las propias actividades cotidianas sirven para potenciar el mantenimiento de esta coordinación.

Collar de clips: sentarse delante de la mesa, usar clips de escritorio para hacer una cadena, entrelazar uno con otro. Cuando esté acabada, la desmontará.

Hacer nudos: Para este ejercicio se necesita una cuerda de cordel, de 1,5 metros. Empezar el ejercicio sosteniendo la cuerda por uno de los dos extremos, hacer nudos simples (que no estén muy duros, ya que después deberá desatarlos) lo más cerca uno del otro, hasta completar toda la cuerda. Finalmente desate todos los nudos.

Conviene recordar.

Programar las actividades: La persona con enfermedad de Parkinson puede tener más dificultades o realizar las actividades con mayor lentitud. Le cuesta más esfuerzo realizar cualquier actividad. Querer realizar la actividad de forma rápida produce un empeoramiento de los síntomas. Siendo consciente de ello, deberá invertir más tiempo en cada actividad, y planificar los tiempos que necesita para realizarlas.

Escoger las fases On: para realizar las actividades complejas, que precisen de más esfuerzo y más tiempo, es necesario que se realicen en los momentos que la persona zona en On.

Uso de ayudas técnicas y adaptaciones: los objetos de la vida cotidiana se pueden adaptar para facilitar la realización de las tareas.

Es importante conocer que el profesional especializado en asesoramiento y entrenamiento de ayudas técnicas y adaptaciones es el Terapeuta Ocupacional.

Según Molina(2010) estas son algunas de las recomendaciones para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Auto mantenimiento

Vestirse:

- Vestirse sentado en una silla estable. Evitar hacerlo de pie y perder el equilibrio.
- Recite en voz alta los sucesivos pasos mientras se va colocando las prendas, por ejemplo: “primero meto el pie derecho hasta la rodilla (siempre se empieza a vestir por el lado que más cuesta).
- Es recomendable usar zapatos sin cordones o bien usar cordones elásticos (ya que estos permiten calzarse sin tener que desabrocharlos)
- Para ponerse los calcetines o medias, apoyar el pie en una banqueta baja.

Baño:

- Para facilitar el lavarse las manos, los dientes, la cara, maquillarse o el afeitado, colocar un taburete frente al lavabo. Así podrá apoyar los brazos evitando el cansancio.
- Para cepillarse los dientes se precisa de movimientos repetitivos como cuesta mucho realizarlo, es mejor usar un cepillo eléctrico.
- Para impedir caídas es aconsejable colocar una alfombra antideslizante en el suelo de la bañera o de la ducha.

Alimentación:

- Apoyar los brazos encima de la mesa, sentarse de forma adecuada con la espalda recta.
- Usar cubiertos ligeros (de poco peso y mangos anchos).
- Utilizar tejido antideslizante o una bayeta húmeda debajo del plato en el caso de que se mueva al cortar los alimentos.

- Usar vasos con asas para facilitar el agarre.
- Si hay dificultad para llevar el vaso a la boca utilizar sorbetes.
- Usar vasos y platos irrompibles.

Movilidad funcional:

- Uso de una cama con colchón duro para evitar hundirse en él y debido a ello dificultar la movilidad en la cama.
- Utilice sábanas o pijama de raso, seda, al ser tejidos resbalosos le permitirán moverse con más facilidad.
- El sofá debe ser alto y duro para facilitar el levantarse y sentarse.

DISEÑO METODOLÓGICO

Este proyecto se desarrolló mediante el método bibliográfico e Investigativo, ya que nos permite determinar a través de la escala de Barthel la capacidad en el desempeño de las Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en pacientes con Enfermedad Parkinson (EP), basándose en la obtención de información en un tiempo y población determinada y mediante una encuesta a los cuidadores y profesionales del área de rehabilitación del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) obteniendo resultados numéricos para la categorización de los rangos correspondiente de dicho instrumento de evaluación.

El tipo y alcance de Investigación que se desarrolló fue de campo, porque se realizó en el espacio de trabajo con instrumentos de evaluación que permite derivar el tratamiento adecuado para evitar el deterioro progresivo que repercuten en las habilidades funcionales las cuales dificultan la realización de las ABVD.

Universo: Es un estudio que se aplicó a pacientes con EP del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Ciudad de Manta, provincia de Manabí.

Población: La conforma el área de Rehabilitación del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de la Ciudad de Manta.

Muestra: En el área de rehabilitación del IESS de la Ciudad de Manta se escogieron a 11 pacientes con EP que asisten al área de terapia ocupacional (TO).

Técnicas e Instrumentos de Investigación

Las siguientes técnicas empleadas tienen sus ventajas en el proceso investigativo para la recolección de información. Las técnicas a utilizar en el proyecto de investigación, son las siguientes:

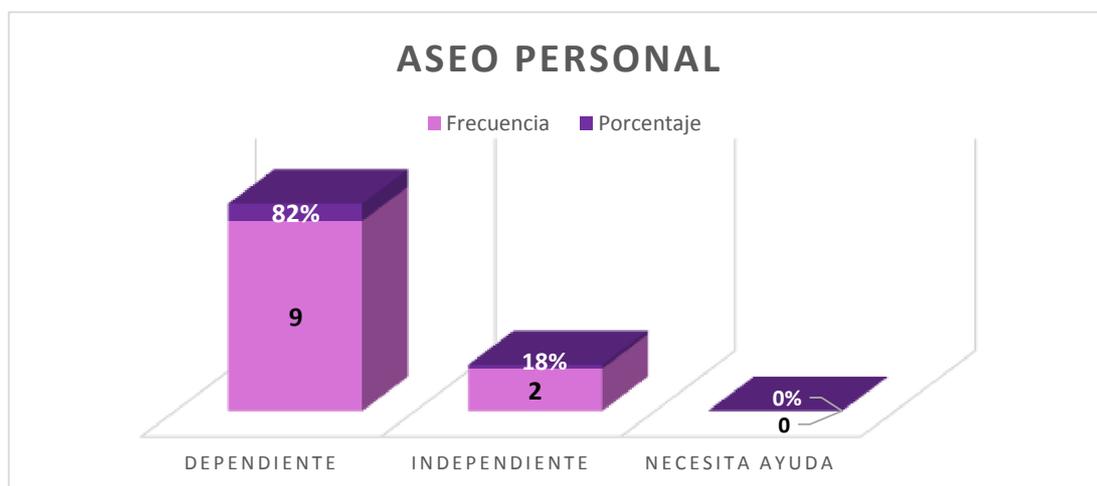
- Test.- Se utilizará la Escala o Test de Barthel (ver anexo # 2) que es un instrumento que mide la capacidad funcional de una persona para realizar actividades de la vida diaria, consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. El cual permitirá valorar el desempeño en las ABVD al paciente, obteniendo información necesaria para plantear un tratamiento terapéutico ocupacional específico aplicado a pacientes con Parkinson.
- La Encuesta.- Que permitirá medir el grado de conocimiento de los profesionales del área de rehabilitación y del médico geriatra, además de los cuidadores de los pacientes con EP que acuden al área de Rehabilitación del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Manta con el fin de obtener información necesaria para emplear un plan de tratamiento de acuerdo a las características y necesidades de cada paciente (ver anexo # 3 y 4).

CUADROS ESTADISTICOS

TEST DE BARTHEL APLICADOS A PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PARKINSON

CUADRO Y GRÁFICO #1

ASEO PERSONAL		
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Dependiente	9	82%
Independiente	2	18%
Necesita ayuda	0	0%
Total	11	100%



Fuente: Pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden al área de rehabilitación IESS-Manta

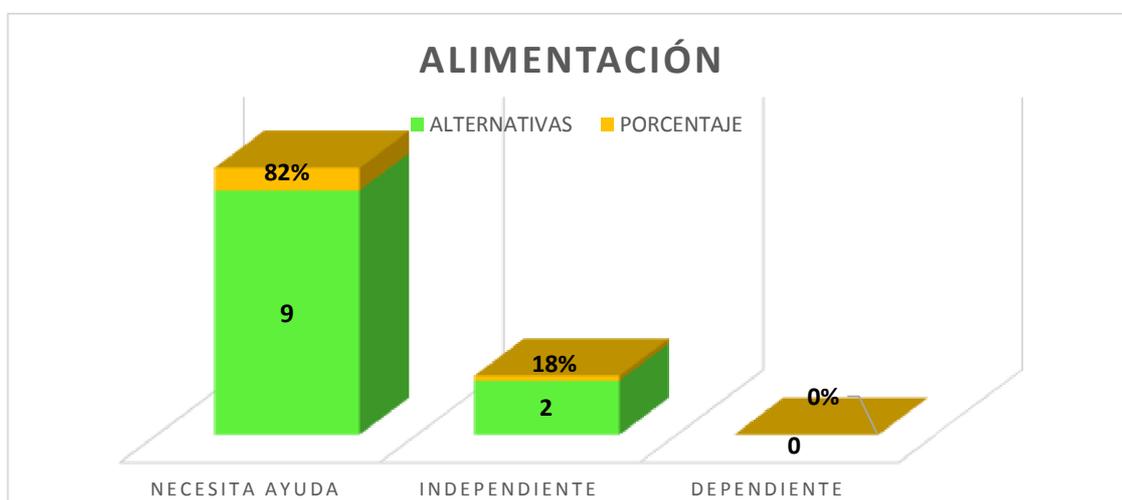
Autores: Daniela Roca y Erika Ochoa

ANÁLISIS

De acuerdo a estos resultados 9 pacientes que corresponden al 82% son dependientes al momento de realizar las actividades de aseo personal. Mientras que 2 pacientes que representan el 18% son independientes y el 0% nos refleja que ninguno necesita ayuda.

CUADRO Y GRÁFICO #2

ALIMENTACIÓN		
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Necesita ayuda	9	82%
Independiente	2	18%
Dependiente	0	0%
Total	11	100%



Fuente: Pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden al área de rehabilitación IESS- Manta

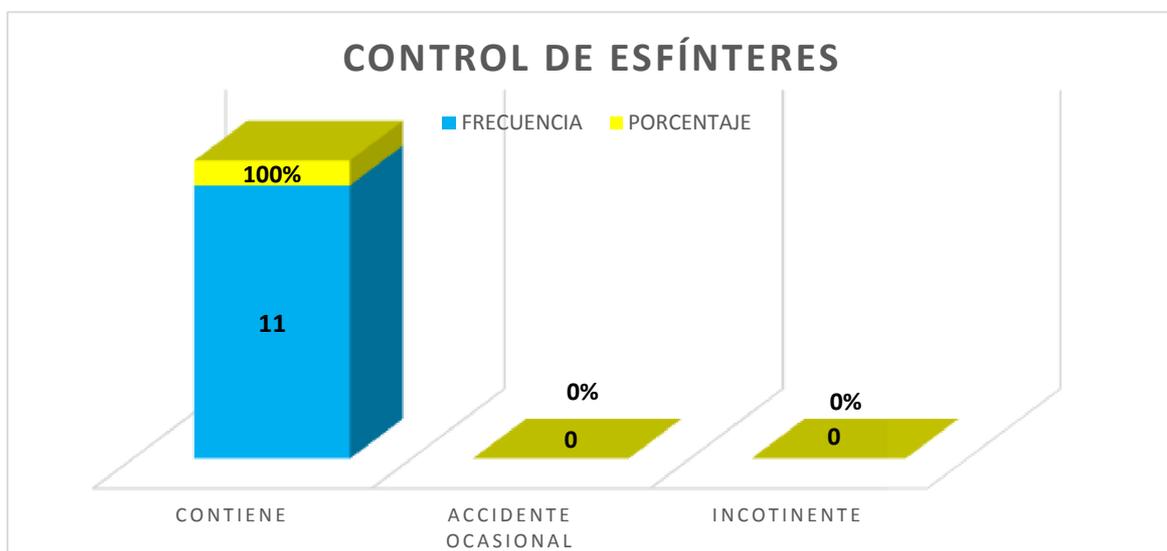
Autores: Daniela Roca y Erika Ochoa

ANÁLISIS

Estos datos nos dan como resultado que 9 pacientes equivalentes al 82% necesitan ayuda al momento de realizar su alimentación, mientras que 2 pacientes con el 18% refieren que son independientes al momento de realizar esta actividad, mientras que el 0% corresponden a dependiente.

CUADRO Y GRÁFICO #3

CONTROL DE ESFÍNTERES		
ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Contiene	11	100%
Accidente ocasional	0	0%
Incontiene	0	0%
Total	11	100%



Fuente: Pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden al área de rehabilitación IESS- Manta

Autores: Daniela Roca y Erika Ochoa

ANÁLISIS

De acuerdo a los datos obtenidos en el Test, nos refleja que los 11 pacientes que representa el 100% contienen al momento de la micción o deposición, es decir no presentan algún problema al momento de realizar las necesidades biológicas, sin ningún tipo de ayuda como supositorios.

CUADRO Y GRÁFICO #4

TRASLADO		
ALTERNATIVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Gran ayuda	9	82%
Independiente	2	18%
Dependiente	0	0%
Mínima ayuda	0	0%
Independiente en la silla de rueda	0	0%
Total	11	100%



Fuente: pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden al área de rehabilitación IESS-Manta

Autores: Daniela Roca y Erika Ochoa.

ANÁLISIS:

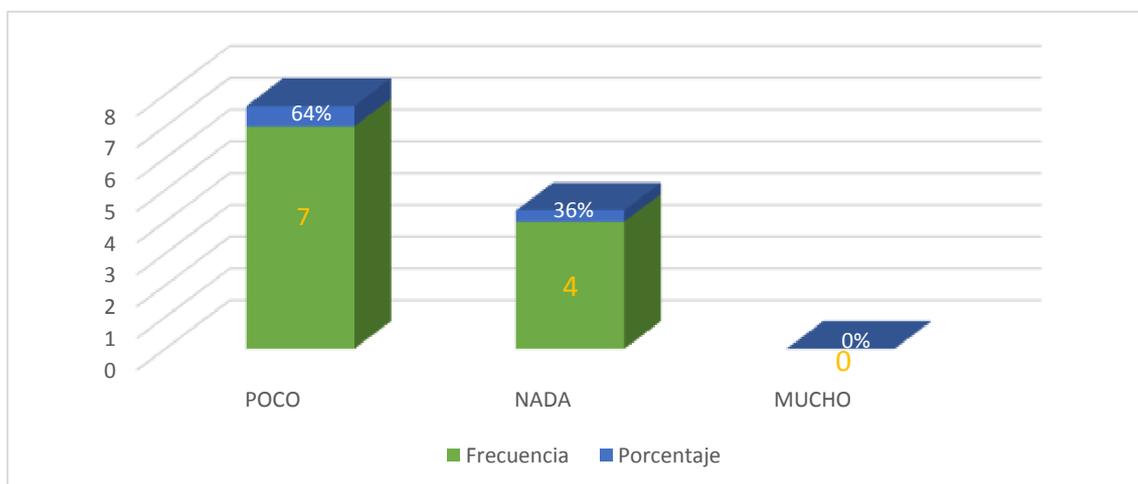
Referente a los datos obtenidos, 9 pacientes que representa el 82% necesitan gran ayuda al momento de realizar el traslado, mientras 2 de los pacientes que representa el 18% realizan el traslado de manera independiente. Las opciones independiente, mínima ayuda e independiente en la silla de rueda da como resultado 0%.

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS CUIDADORES DE LOS PACIENTES CON PARKINSON

CUADRO Y GRÁFICO #1

1. ¿Conoce usted en que consiste la terapia ocupacional?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Poco	7	64%
Nada	4	36%
Mucho	0	0%
Total	11	100%



Fuente: cuidadores de pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden al IESS-Manta

Autores: Daniela Roca y Erika Ochoa

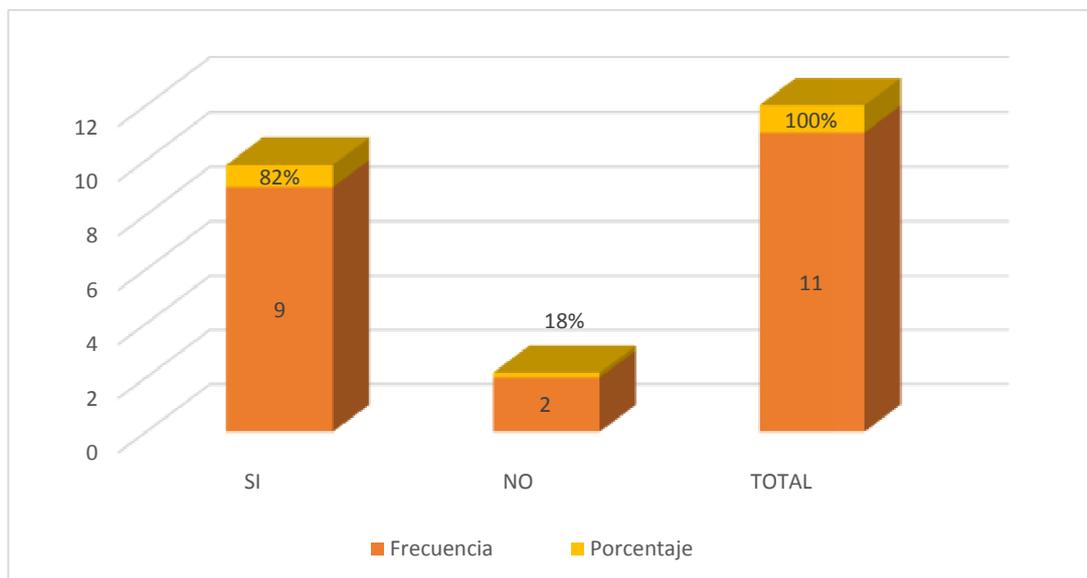
ANÁLISIS:

Se evidencia con estos resultados que 7 cuidadores que corresponde al 64% conocen Poco de la terapia ocupacional, mientras que el 36% no conoce Nada. He aquí un claro ejemplo de que la terapia ocupacional aun es poco conocida, en especial en el ámbito hospitalario donde la mayoría de las veces incluyen solo rehabilitación física.

CUADRO Y GRÁFICO # 2

2. ¿Identifica la dificultad que presenta su familiar al momento de realizar las actividades básicas del desempeño?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	9	82%
No	2	18%
Total	11	100%



Fuente: cuidadores de pacientes con enfermedad de Parkinson que acude al IESS-Manta

Autores: Daniela Roca y Erika Ochoa

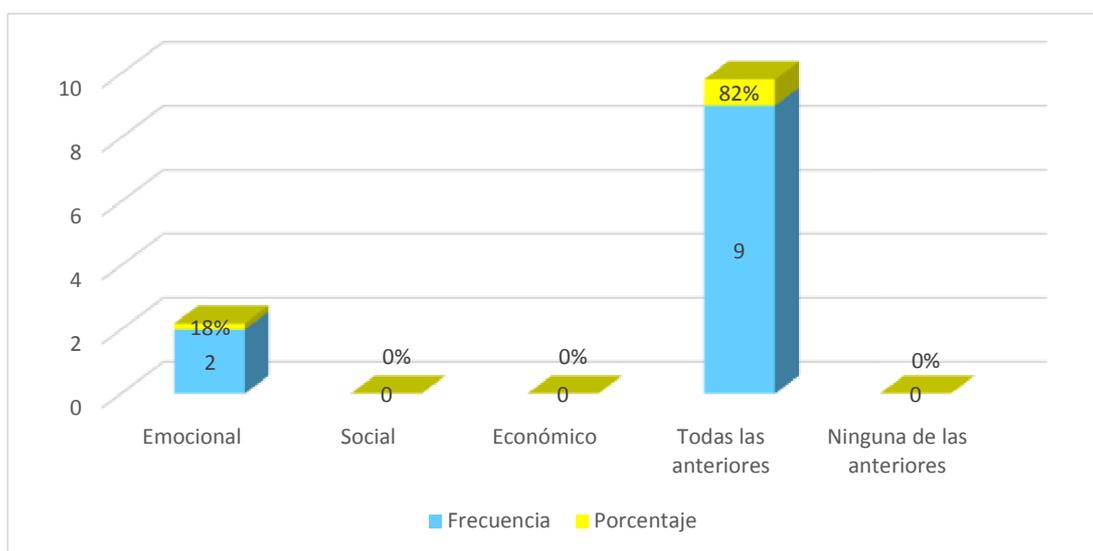
ANÁLISIS:

De acuerdo a estos resultados se evidencia que 9 de los cuidadores que representa el 82% respondieron que SI identifican las dificultades, mientras que 18% dieron como respuesta NO, siendo 2 de los cuidadores.

CUADRO Y GRÁFICO # 3

3. ¿En qué ámbito está más afectado su familiar?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Emocional	2	19%
Social	0	0%
Económico	0	0%
Todas las anteriores	9	81%
Ninguna de las anteriores	0	0%
Total	11	100%



Fuente: cuidadores de pacientes con enfermedad de Parkinson que acuden al IESS-Manta

Autores: Daniela Roca y Erika Ochoa

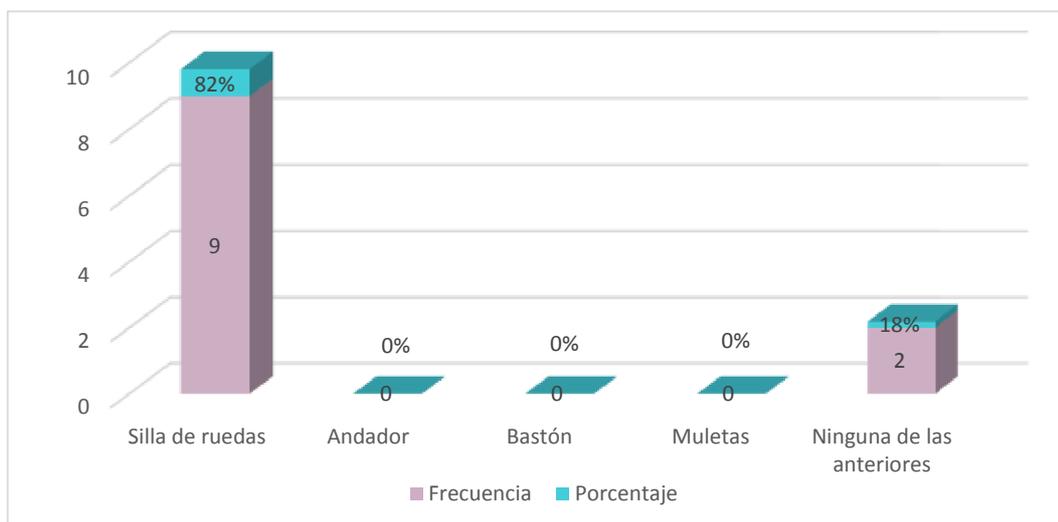
ANÁLISIS:

De acuerdo a estos resultados, la parte emocional se encuentra afectada en 2 pacientes que representan el 18%, mientras que 9 pacientes que equivale el 82% se encuentran afectados en todos los ámbitos anteriormente mencionados.

CUADRO Y GRÁFICO # 4

4. ¿Su familiar hace algún uso de ayuda técnica para su movilidad personal?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Silla de ruedas	9	82%
Andador	0	0%
Bastón	0	0%
Muletas	0	0%
Ninguna de las anteriores	2	18%
Total F	11	100%



Fuente: profesionales del área de rehabilitación del IESS- Manta

Autoras: Daniela Roca Solórzano y Erika Ochoa Franco

ANÁLISIS:

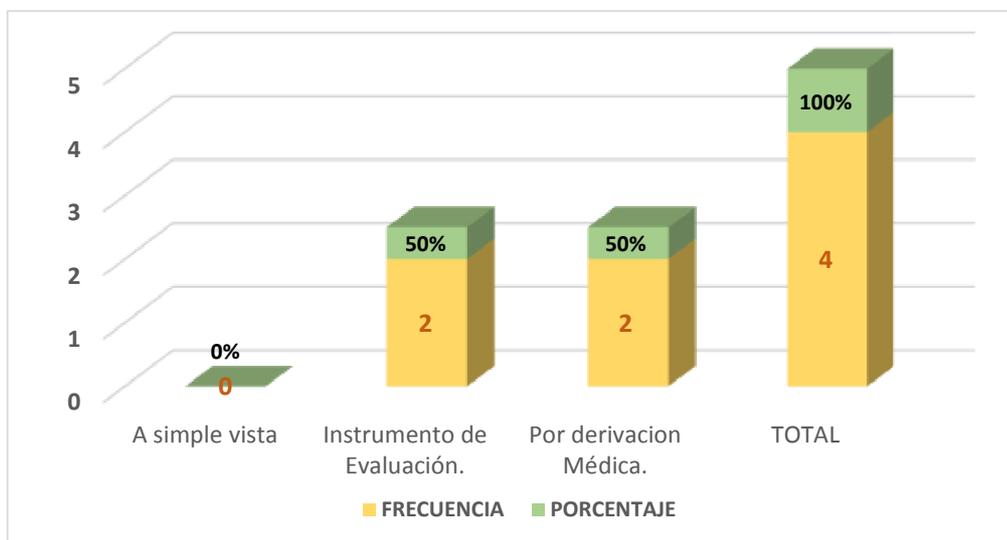
De los 11 pacientes evaluados, 9 de ellos que equivale al 82 % respondió que su familiar hace uso de la silla de rueda, mientras que 2 pacientes que equivale al 18% no necesitan alguna ayuda técnica para su movilidad.

ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PROFESIONALES DEL HOSPITAL GENERAL DE MANTA-IESS

CUADRO Y GRÁFICO #1

1. ¿Cómo diagnostica usted la enfermedad de Parkinson?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
A simple vista	0	0%
Instrumento de Evaluación.	2	50%
Por derivación Médica.	2	50%
TOTAL	4	100%



Fuente: profesionales del área de rehabilitación del IESS- Manta

Autoras: Daniela Roca Solórzano y Erika Ochoa Franco

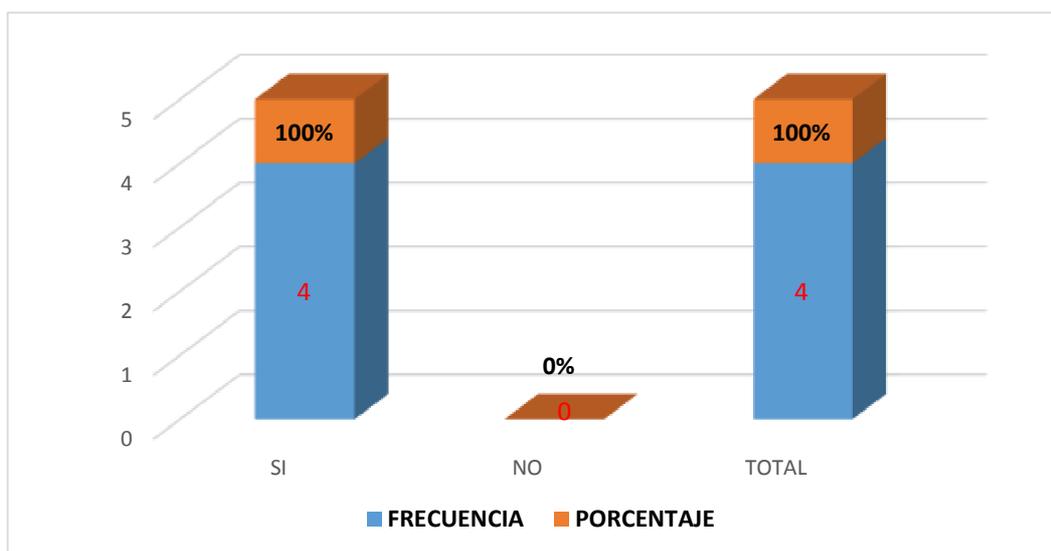
ANÁLISIS.

Se obtuvieron los siguientes resultados en base a la encuesta, en términos porcentuales esto se traduce en que el total de como las personas son diagnosticadas con Parkinson es del 50% mediante instrumentos de Evaluación, por derivación medica 50% y finalmente nadie respondió que a simple vista.

CUADRO Y GRÁFICO #2

2. ¿Conoce cuál es el tratamiento de Terapia Ocupacional de acuerdo a las fases que se encuentra el paciente con Parkinson?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	4	100%
No	0	0%
Total	4	100%



Fuente: profesionales del área de rehabilitación del IESS- Manta

Autoras: Daniela Roca Solórzano y Erika Ochoa Franco

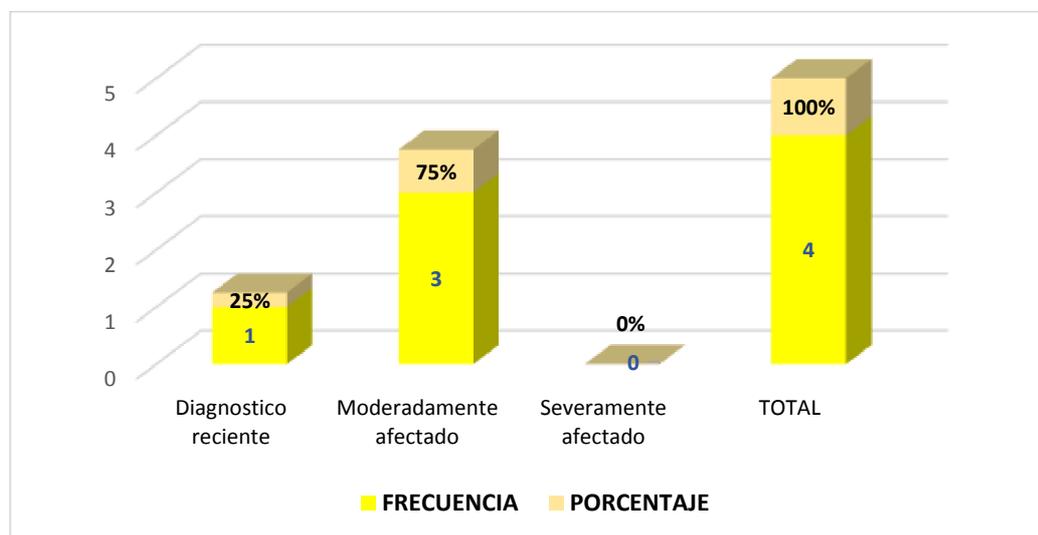
ANÁLISIS

Se evidencia que los cuatro profesionales conocen acerca del tratamiento que debe recibir los pacientes con Parkinson, este resultado representa al 100%.

CUADRO Y GRÁFICO # 3

3. ¿En cuál de la siguiente clasificación se encuentra los usuarios con Parkinson que acude al área de rehabilitación?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Diagnostico reciente	1	25%
Moderadamente afectado	3	75%
Severamente afectado	0	0%
Total	4	100%



Fuente: profesionales del área de rehabilitación del IESS- Manta

Autoras: Daniela Roca Solórzano y Erika Ochoa Franco

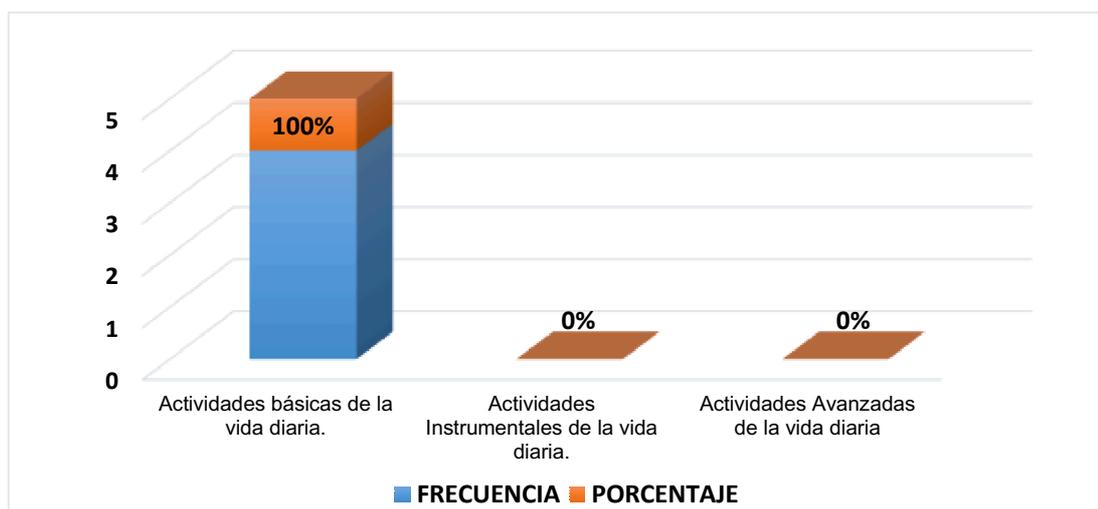
ANÁLISIS.

Se obtuvo que el 25% de los pacientes presentan diagnostico reciente al momento de ser evaluados, el mayor porcentaje se incrementa con el 75% en pacientes moderadamente afectados con Parkinson y concreta con 0% que representa aquellos que llegan al área severamente afectados

CUADRO Y GRÁFICO # 4

4. ¿Cuál de las siguientes áreas del desempeño presenta mayor dificultad los pacientes con Parkinson?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Actividades básicas de la vida diaria.	4	100%
Actividades Instrumentales de la vida diaria.	0	0%
Actividades Avanzadas de la vida diaria	0	0%
Total	4	100%



Fuente: profesionales del área de rehabilitación IESS- Manta

Autoras: Daniela Roca Solórzano y Erika Ochoa Franco

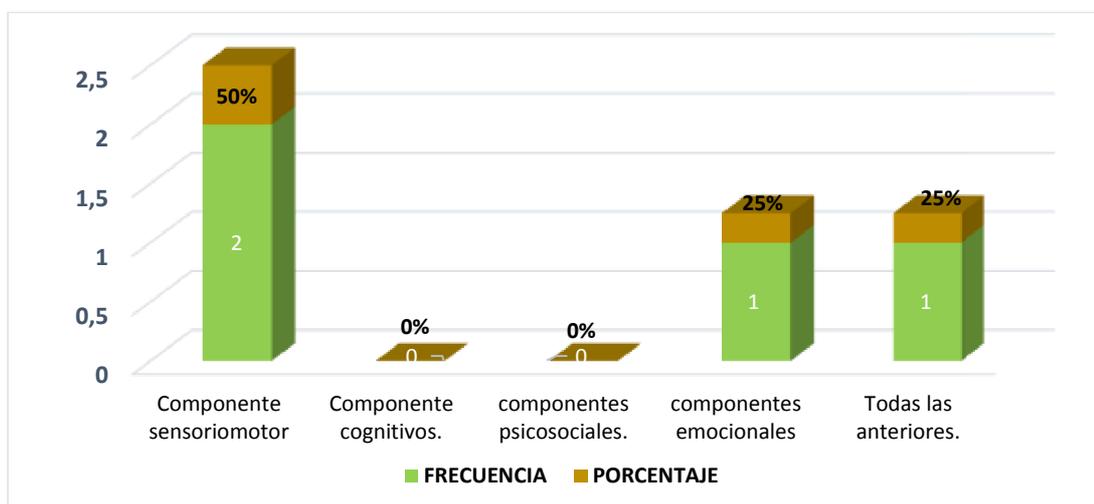
ANÁLISIS.

Se obtuvo los siguientes resultados en base a la encuesta realizada a los 4 profesionales, todos respondieron que la mayor dificultad se presenta en el área de desempeño de las Actividades básicas de la vida diaria representadas en un 100%.

CUADRO Y GRÁFICO # 5

5. ¿Cuál de los siguientes componentes están más afectados al momento de evaluar las áreas del desempeño Ocupacional?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Componente sensoriomotor	2	50%
Componente cognitivos.	0	0%
Componentes psicosociales.	0	0%
componentes emocionales	1	25%
Todas las anteriores.	1	25%
Total	4	100%



Fuente: profesionales del área de rehabilitación del IESS- Manta

Autoras Daniela Roca Solórzano y Erika Ochoa Franco

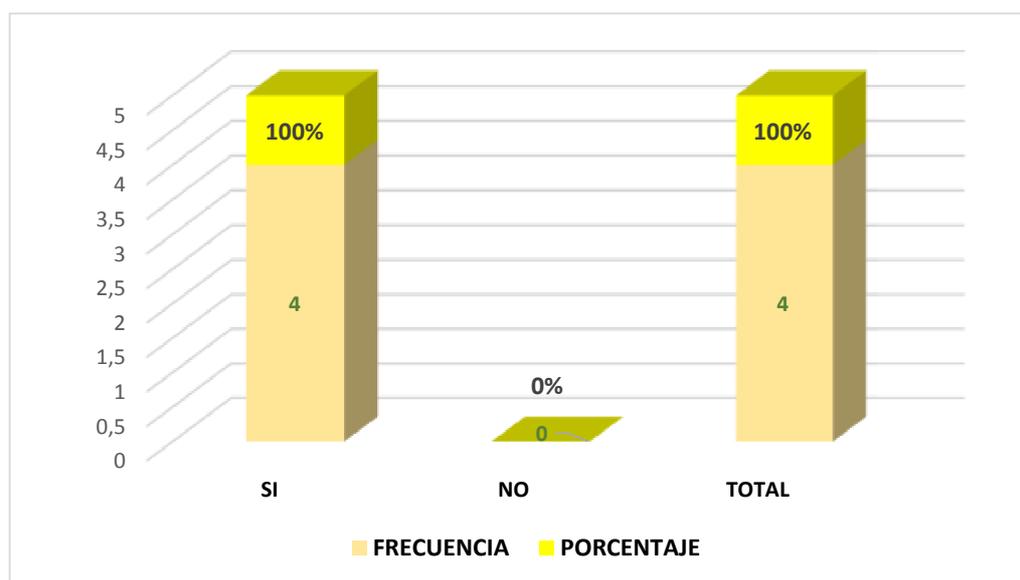
ANÁLISIS.

Respecto a la pregunta se evidencia que dos profesionales señalan que el 50% de los pacientes al ser evaluados presentan mayor afectación a nivel sensorio motor sea la fase en la que se encuentre, el componente emocional con el 25% y en el caso de afectación en todos los componentes anteriormente mencionados el 25% restante.

CUADRO Y GRÁFICO # 6

6. ¿Considera usted que debería disponer el área de Terapia Ocupacional implementos para trabajar en las actividades básicas de la vida diaria?

ALTERNATIVAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	4	100%
No	0	0%
Total	4	100%



Fuente: profesionales del área de rehabilitación del IESS- Manta

Autoras: Daniela Roca Solórzano y Erika Ochoa Franco.

ANÁLISIS.

Se representa en un 100% que los profesionales respondieron que SÍ, se debería disponer en el área de Terapia Ocupacional implementos que permita al profesional intervenir con el paciente afectado por la enfermedad de Parkinson, en las actividades básicas de la vida diaria.

PROPUESTA

Tema: Elaboración de un plan de tratamiento ocupacional para pacientes con enfermedad de Parkinson.

Con la ejecución de esta propuesta se logrará la elaboración de un plan de tratamiento que favorezca la intervención de Terapia Ocupacional en Enfermedades Neurodegenerativas que afectan la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria como en la enfermedad de Parkinson (EP). Es de suma importancia el trabajo conjunto de los Terapeutas Ocupacionales con los cuidadores, de tal manera que se involucrará a que cumplan el papel de co-terapeutas dentro del hogar mediante pautas dadas por el profesional que favorecerá el entrenamiento y minimizará la dificultad de las actividades cotidianas.

Es por ende que esta propuesta tiene como objetivo diseñar un plan de tratamiento ocupacional para pacientes con EP mediante el implemento de un instrumento de evaluación funcional como la escala o test de Barthel, basado en la medición de la capacidad de la persona para la realización de actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de funcionalidad de la persona.

Resultados de la Propuesta.

Con la elaboración del siguiente proyecto de un plan de tratamiento se logrará que los usuarios con Parkinson potencien su autonomía, evaluando el estado funcional: de aseo e higiene personal, alimentación, control de esfínteres, traslado. El mismo permitirá mejorar, mantener o ralentizar el deterioro.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el proyecto investigativo bajo el tema: ABORDAJE DE TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES ADULTOS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON, se concluyó que:

- A través de docencias expuestas al personal de salud del área de rehabilitación se llegó a apreciar la necesidad de un abordaje desde terapia ocupacional aumentando las derivaciones médicas por parte de los especialistas en fisioterapia y geriatría de pacientes con diversas patologías entre ellas la enfermedad de Parkinson.
- Mediante la encuesta realizada se concluyó que los cuidadores de las personas afectadas por la enfermedad de Parkinson desconocen en que consiste y los beneficios que brinda la Terapia Ocupacional, mientras que los profesionales del área de rehabilitación y geriatría afirmaron que tienen conocimiento acerca del tratamiento rehabilitador desde Terapia Ocupacional.
- A través de la aplicación de escala o Test de Barthel, permitió que las Terapeutas Ocupacionales evalúen y planteen el tratamiento terapéutico específico en base a las necesidades presentadas en los pacientes con enfermedad de Parkinson.
- Concluimos que con el plan de tratamiento ocupacional se identificarán los beneficios que brinda la Terapia Ocupacional a los pacientes diagnosticados con enfermedad de Parkinson ya que de esta manera se evidenciará el progreso de los usuarios en la realización de actividades significativas que les permite mantener mayor autonomía.

RECOMENDACIONES

Al culminar el proceso investigativo y relacionarnos con las dificultades que presentan los pacientes con enfermedad de PARKINSON podemos recomendar lo siguiente:

- Se recomienda que los internos y pasantes de la carrera continúen promoviendo la Terapia Ocupacional al profesional de salud de diversas áreas del hospital para crear un aumento de necesidad de atención en Terapia Ocupacional en otros servicios que ofrece la unidad hospitalaria.
- Se recomienda que los cuidadores de pacientes diagnosticados con enfermedad de Parkinson y demás afiliados que asisten al área de rehabilitación reciban charlas para que tengan mayor conocimiento acerca de la Terapia Ocupacional y sus beneficios y que los profesionales se continúen capacitando para brindar mejor atención en cuanto al tratamiento.
- Los profesionales de Terapia Ocupacional del Hospital IESS de Manta se recomienda aplicar a pacientes con enfermedades Neurodegenerativas un test o escala que les permita una correcta valoración funcional antes y durante el tratamiento rehabilitador como lo es la escala o test de Barthel.
- Al conocer los beneficios y resultados de este trabajo se recomienda al profesional médico derivar a los pacientes con enfermedad Parkinson al área ocupacional para mejorar la sintomatología de los usuarios mediante un plan de tratamiento abordado desde la Terapia Ocupacional. Y que permita ser de base o ayuda a estudiantes, profesionales y demás personas involucradas en el ámbito de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- AOTA. (1986).
- Barthel, M. y. (1965). *INDICE DE BARTHEL O DE DISCAPACIDAD DE MARYLAND*, 1-4.
- Cristóbal, J. L. (2012). En *Parkinson y Discinesias* (págs. 234-245). Madrid: Panamericana.
- F, K. (2000). *Medicina Física y Rehabilitación* . Madrid: Panamericana.
- F, M. (2005). El paciente adulto con discapacidad. *El adulto mayor en America* , 143-152.
- Federico, M. (16 de 03 de 2006). En *Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados* (págs. 456-480). Madrid: Panamericana.
- (FEP), F. E. (2012). Parkinson federación española
- Fernández, R. M. (Marzo de 2010). actualización en la enfermedad de parkinson. *Revista Española de Salud*, 120-145.
- Ferrín, M. T. (2007). *INDICE DE BARTHEL O DE DISCAPACIDAD DE MARYLAND*, 1-4.
- Gaitero, G. R. (2001). *Enfermedad de Parkinson* . Madrid: Panamericana.
- Kielhofner, G. (08 de 04 de 2015). En *Fundamentos conceptuales de la terapia ocupacional* (págs. 24-30). Madrid: Panamericana. Obtenido de <https://vitalia.es/a25/parkinson-y-terapia-ocupacional>
- Kronenberg, F. (Enero de 2007). En *Terapia Ocupacional sin fronteras* (págs. 98-110). Madrid: Panamericana.
- López, B. P. (30 de 07 de 2016). En *Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas 2º* (págs. 220-230). Barcelona: Panamericana.
- Matthew B. Stern, M. (08 de 2008). *médica*, R. (11 de 04 de 2017,).
- Micheli, F. E. (2006). En *Enfermedad de Parkinson y trastornos relacionados* (págs. 120-130). Madrid : Panamericana.

- Molina, P. D. (2010). En *Terapia ocupacional en geriatría. Principios y práctica* (págs. 345-360). Barcelona: Elsevier.
- MR, G. (2006). *Tratado de rehabilitación médica*. Barcelona: Científico.
- Nogués., M. (2016). Tratado de Neurología Clínica. En M. Nogués., *Tratado de Neurología Clínica* (págs. 450-455). 2002: Panamericana.
- PARKINSON, F. E. (11 de 04 de 2018). Obtenido de <http://www.aep-taray.org/portal/images/pdf/ocupacional.pdf>
- Parkinson's, T. M. (2016). Obtenido de <https://www.michaeljfox.org/understanding-parkinsons/living-with-pd/topic.php?sintomas>
- Perez, A. R. (2009). *Enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos*. Madrid: Panamericana.
- Republica del Ecuador, I. P. (2012). *PRINCIPIOS Y DISPOSICIONES*. Obtenido de Ley Organica del Ecuador: <https://www.ministeriointerior.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/LEY-ORGANICA-DE-DISCAPACIDADES-LOD.pdf>
- SPACKMAN, W. &. (2016). En *Terapia Ocupacional* (págs. 98-115). Madrid: Panamericana. Obtenido de <https://blog.neuronup.com/actividades-de-la-vida-diaria/>
- TOG, R. (20 de 09 de 2011). Obtenido de [file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-QueAvdSonLasMasAfectadasEnPacientesConParkinson-3751043%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Dialnet-QueAvdSonLasMasAfectadasEnPacientesConParkinson-3751043%20(1).pdf)
- Toro, J. (11-12 de 1996). Procesos del parkinson. *Todo sobre Alzheimer y Parkinson*, 234-245. Obtenido de http://actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/06-1996-01-Enfermedad_de_Parkinson.pdf
- Weiner, W. (2001). *Enfermedad de Parkinson: guía para pacintes y cuidaderes*. Barcelona: Paidós.

ANEXOS

ANEXO # 1

DATOS ESTADISTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

USUARIOS CON ENFERMEDAD DE PARKINSON	EDAD	SEXO
Usuario # 1	57 años	Femenino
Usuario # 2	50 años	Masculino
Usuario #3	55 años	Femenino
Usuario # 4	45 años	Masculino
Usuario # 5	51 años	Masculino
Usuario # 6	59 años	Masculino
Usuario # 7	60 años	Femenino
Usuario # 8	53 años	Masculino
Usuario # 9	49 años	Femenino
Usuario # 10	57 años	Masculino
Usuario # 11	60 años	Femenino

ANEXO # 2**FICHA 14-B****MEDICIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA
VALORACIÓN ÍNDICE DE BARTHEL / KATZ (Modificado por autoras de la
investigación)****NOMBRE DEL ADULTO/A MAYOR:****NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN:****MODALIDAD:**

COMER		
10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc., por sí solo, come en un tiempo razonable, la comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona.
LAVARSE – BAÑARSE		
5	Independiente	Capaz de lavarse el cuerpo entero, usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie, y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo, incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo solo sin estar una persona presente.
0	Dependiente	Necesita ayuda o supervisión.
VESTIRSE		
10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa sin ayuda.
5	Necesita ayuda / apoyo	Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.

0	Dependiente	Necesita de ayuda para cada una de las tareas que demanda la vestimenta.
ARREGLARSE		
5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ayuda, incluye lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIÓN		
10	Contiene	Ningún episodio de incontinencia, si necesita enema o supositorios, es capaz de administrárselos por sí solo (a).
5	Accidente Ocasional	Menos de 1 vez por semana, o necesita ayuda para enema o supositorio.
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro.
MICCIÓN (Valorar la situación en la semana previa).		
10	Contiene	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo.
5	Accidente Ocasional	Menos de 1 vez por semana, o necesita ayuda para enemas o supositorios.
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse.
IR AL BAÑO		
10	Independiente	Entra y sale solo, capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y jalar la cadena, capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse/sostenerse).
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aun es capaz de usar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.

TRASLADO SILLÓN – CAMA		
15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases, utiliza silla de ruedas, se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y se tumba y, puede volver a la silla sin ayuda.
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, como la ofrecida de una persona no muy fuerte o sin entrenamiento.
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha resistencia para entrar a la cama, salir de ella o desplazarse.
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
DEAMBULACIÓN		
15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o equivalente sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante y puede usar cualquier ayuda técnica por sí mismo.
10	Mínima ayuda	Supervisión o pequeña ayuda física.
5	Independiente en la silla de rueda	En 50 metros, debe desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo.
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otra persona.

ANEXO # 3

ENCUESTA DIRIGIDA PARA LOS CUIDADORES DE PACIENTES CON PARKINSON QUE PERTENECEN AL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL



UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ

TERAPIA OCUPACIONAL

1. **¿Conoce usted en que consiste la terapia ocupacional?**
MUCHO ()
POCO ()
NADA ()

2. **¿Identifica la dificultad que presenta su familiar al momento de realizar las actividades básicas del desempeño?**
SI ()
NO ()

3. **¿En qué ámbito está más afectado su familiar?**
Emocional ()
Social ()
Económico ()
Todas las anteriores ()
Ninguna de las anteriores ()

4. **¿Su familiar hace algún uso de ayudas para su movilidad personal? como :**
 - Silla de rueda ()
 - Andador ()
 - Bastón ()
 - Muletas ()
 - Ninguna de las anteriores ()

ANEXO # 4

**ENCUESTA DIRIGIDA PARA LOS PROFESIONALES
UNIVERSIDAD LAICA "ELOY ALFARO" DE MANABÍ
TERAPIA OCUPACIONAL**



1. **¿Cómo diagnostica usted la Enfermedad de Parkinson?**
 - A simple vista. ()
 - Instrumento de Evaluación. ()
 - Por derivación médica ()

2. **¿Conoce cuál es el tratamiento de terapia ocupacional de acuerdo a las fases que se encuentra el paciente con Parkinson?**
 - SI ()
 - NO ()

3. **¿En cuál de la siguiente clasificación se encuentra los usuarios de Parkinson que acuden al área de rehabilitación?**
 - Diagnostico reciente ()
 - Moderadamente afectado ()
 - Severamente afectado ()

4. **¿Cuál de las siguientes áreas de desempeño presentan mayor dificultad los pacientes con Parkinson?**
 - Actividades básicas de la vida diaria ()
 - Actividades instrumentales de la vida diaria ()
 - Actividades avanzadas de la vida diaria ()

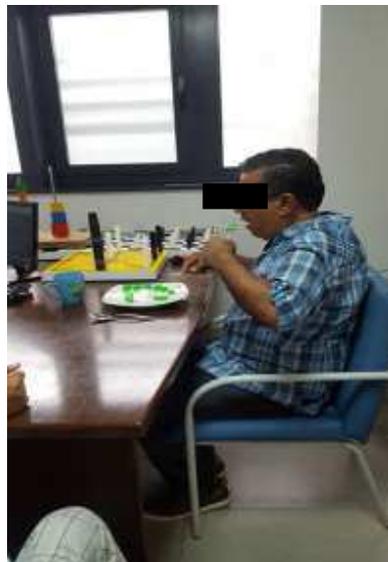
5. **¿cuál de los siguientes componentes están más afectados al momento de evaluar las áreas del desempeño ocupacional?**
 - Componentes sensoriomotor ()
 - Componentes cognitivos ()
 - Componentes psicosociales ()
 - Componentes emocionales ()
 - Todas las anteriores ()

6. **¿Considera usted que debería disponer el área de Terapia Ocupacional implementos para trabajar en las actividades básicas de la vida diaria?**
 - SI ()
 - NO ()

ANEXO # 5



Se realiza actividades de ABVD, vestimenta



Se está realizando un entrenamiento en ABVD, en alimentación



Se realiza actividades de alcance



Paciente realiza actividades de motricidad fina y coordinación



El paciente se encuentra realizando ejercicios de pinza y fuerza con plastilina



La Lcda. Violeta Villamil terapeuta ocupacional del IESS respondiendo la encuesta realizada a profesionales



La Lcda. Mónica Zambrano terapeuta ocupacional del IESS respondiendo la encuesta realizadas a profesionales



El Dr. Carreño médico Fisiatra del área de rehabilitación del IESS llenando las encuesta realizada a profesionales